Nr. 41. W Krakowie, dnia 9 października 1875 r. Rok XIV

BIURO REDAKCYI
Ulica Górnych Młynów, Nr. 122.

Ekspedycyja miejscowa w księg. St. Krzyżanowskiego Rynek główny Nr. 30.

Przedpłatę przyjmują: 1) Biuro Redakcyi; 2) Ajencyje obok wymienione; 3) w Król. Polskiém i w Ces. Rosyjskiém Urzędy poczt.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa lékarskiego krakowskiego i Towarzystwa lékarzy galicyjskich we Lwowie
wydawany pod redakcyją
Dra Stanisława Janikowskiego, Prof. w Uniw. Jagiell.

Wychodzi co sobota w objętości 1—1½ arkusza.

*Rękopismy* zwracają się tylko w skutek wyraźnego zastrzeżenia.

Ajencyje główne: w Warszawie w księgarni *Gebethnera* i *Wolffa*, w Poznaniu w księgarni *M. Leitgebra* i Wsp.

**Cena „Przeglądu lékarskiego“** wynosi:

| | | | |
|---|---|---|---|
| W Krakowie rocznie | złr. 6 c. | — | w. a. |
| półrocznie | „ 3 „ | — | „ „ |
| kwartalnie | „ 1 „ | 50 | „ „ |

**Cena w Państwie Austryjackiém** z przesyłką pocztową:

| | | | |
|---|---|---|---|
| rocznie | złr. 6 | cent. 60 | w. a. |
| półrocznie | „ 3 | „ 30 | „ „ |
| kwartalnie | „ 1 | „ 80 | „ „ |

**Ogłoszenia przyjmuje** Biuro Redakcyi, tudzież Ajencyje A. Piątkowskiego *we Lwowie*, Z. Kotkowskiego, Haasensteina i Voglera i R. Mossego *w Wiedniu*, wreszcie Administracyja Dziennika Poznańskiego *w Poznaniu*.

**Cena ogłoszeń:** Od wiersza drobnego (petit) lub miejsce tegoż po 5 centów.

*Numer pojedynczy kosztuje 15 c.*



## O léczeniu kiły rtęcią ze szczególném uwzględnieniem wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił Dr. Ign. Krówczyński, lékarz szpitalu powsz. we Lwowie.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 39.)

W obecnéj chwili należy do najzagorzalszych obrońców swoistości rtęci w kile Hutchinson, który niedawno był zdania, że powyższy lek tylko dosyć raźno usuwa objawy chorobowe. Nazwałem go najzagorzalszym obrońcą; bo wypowiada on z wielką stanowczością, że rtęć jest fizyjologiczną odtrutką nieznanego dotąd przyrzutu kiłowego, i że jako taka nie tylko usuwa przypady, ale wprost niszczy przyrzut chorobowy.

Swoje twierdzenie popiera on następującemi faktami: 1) Rtęć, zadana bezpośrednio po ukazaniu się pierwotnego objawu kiły, przerywa jego rozwój i tylko w rzadkich przypadkach szerzy się choroba podczas zadawania rtęci przez kilka lub kilkanaście dni. 2) Jeżeli rtęć zadajemy po zupełném rozwinięciu się pierwotnego objawu, to działanie jéj jest powolniejsze, ale również skuteczne. Tylko w tych przypadkach nie jest widoczne działanie rtęci, w których, przez błędne lub niewłaściwe podawanie leku, przyswajanie jego jest utrudnione. 3) Rtęć przeszkadza okazaniu się drugorzędnych objawów kiły i przy wczesném podawaniu leku objawy zakorzenionéj kiły należą do wyjątków potwierdzających skuteczność rtęci. 4) Występowanie objawów kiły drugorzędnéj przy niedostateczném używaniu rtęci nie przeczy jéj skuteczności; niewątpliwie bowiem okażą się objawy ogólne u tych, którzy tylko dopóty używali tego leku, dopóki istniały widoczne przypady choroby. Im późniéj zaś rtęć podajemy, tém dłużéj powinniśmy takową zadawać, jeźli chorego zabezpieczyć chcemy od powtórnych objawów ogólnych. 5) W przypadkach nie leczonych rtęcią wzmaga się kiła znacznie i przebieg jéj jest groźniejszy. 6) Rtęć wywołuje zawsze korzystny wpływ w przebiegu kiły.

Do powyżéj wygłoszonych wniosków upoważniły Hutchinsona doświadczenia a właściwie spostrzeżenia kliniczne w ostatnich latach czynione. Szczepił on ludzi nie dotkniętych kiłą dla wywołania u nich choroby i bezpośrednio po zaszczepieniu zadawał im rtęć przez dłuższy czas, ściśle uważając, czy objawy ogólnéj kiły nie wystąpią. Na mocy tych doświadczeń występuje on z apodyktyczną pewnością, twierdząc o swoistości rtęci, któreto twierdzenie zdaniem mojem, jest usprawiedliwione i prawdopodobne.

Zanim jednak rozbierzemy wnioski Hutchinsona, należy nam się porozumiéć, co potrzeba rozumiéć przez swoistość rtęci. Jeźlibyśmy żądać mieli, aby rtęć w każdym razie, — a więc nie przypuszczając żadnych wyjątków, — kiłę usuwała i leczyła: natenczas nie powinnibyśmy uważać rtęci za lek swoisty; ale wówczas nie jest i chinin, jak słusznie zauważył Knoblauch, lekiem swoistym przecim zimnicy, — bo, równie jak poprzednia, leczy chorobę tylko w przeważnéj ilości przypadków.

Aby módz nazwać rtęć lekiem swoistym, poprzestaje Hutchinson na tém, że takowa po największéj części chorobę leczy, a tylko w wyjątkowych razach, wywierając korzystny wpływ na kiłę, przypady téjże usuwa. A teraz porównajmy twierdzenia Hutchinsona o swoistości rtęci z pojęciem, jakie wyrobiła nam o kile anatomija patologiczna. Powtarzam, że badania anatomiczne, rozwój i przebieg pierwotnego objawu kiły potwierdzają przypuszczenie prof. Biesiadeckiego, który, jak wielu syfilologów, uważa stwardnienie za chorobę miejscową, która z biegiem czasu przez zasilanie organizmu komórkami, pod wpływem przyrzutu kiłowego zmienionemi, staje się ogólną.

Do tego winniśmy dołączyć przypadki ogłaszane przez Sigmunda, Humphry'ego, Hütera, Langenbecka i Voigta, którzy, jak wiadomo, wycinali z bardzo korzystnym skutkiem pierwotne złogi kiłowe; bo takowe stwierdzają bezpośrednio przypuszczenie prof. Biesiadeckiego, a pośrednio popierają twierdzenia Hutchinsona. Opierając się więc na tém, że pierwotny objaw kiłowy jest chorobą miejscową; śmiało twierdzić możemy, że rtęć, działając swoiście na złogi kiłowe, mogłaby rozwój choroby przeciąć, niszcząc nieznany przyrzut. Przyznaje Hutchinson jednak, że mimo wczesnego zadawania rtęci mogą wystąpić objawy drugorzędnéj kiły; lecz tylko wtedy, jeźli za mało takowéj do organizmu wprowadzono, tak, że całéj ilości przyrzutu chorobowego nie zniszczyła. W podobny sposób tłómaczy także późniejsze występowanie objawów chorobowych u osób leczonych rtęcią, wyzyskując na swoję korzyść zarzut robiony mu przez przeciwników swoistości leku, jakoby rtęć opóźniała wystąpienie objawów. Według jego zdania, za małą ilość wprowadzonéj rtęci jest powodem tak zwanych powrotów (recydyw); niezniszczony bowiem przyrzut rozradza się we

krwi i, nagromadziwszy się w tejże w znacznéj ilości, wywołuje objawy na skórze lub błonach śluzowych. Stąd téż wynika, że działanie rtęci po zupełném rozwinięciu się pierwotnego objawu, lub okazaniu się drugorzędnych, jest powolniejsze, lecz równie skuteczne.

Na téj więc podstawie zachęca autor do bardzo wczesnego podawania leku, twierdząc, że za wcześnie niepodobna go podawać; daléj radzi wprowadzać dużo rtęci ale w małych zadawkach i długo ją w organizmie utrzymywać, bo od doprowadzonéj ilości zależy, czy objawy drugorzędnéj kiły wcale nie wystąpią, czy téż będą tylko słabsze. Wreszcie, zdaniem jego, zadawanie rtęci wpływa i na późną kiłę w ten sposób, że takowa jest znacznie słabszą u osób leczonych, niż u nieleczonych; a zarzut przeciwników, że są przypadki, w których rtęć na pozór nie działa, odpiéra w ten sposób, że, odwołując się do pojęcia swoistości, przypomina zarazem, iż wadliwe przyswajanie leku może być również przyczyną nieskuteczności. Nie podobna nie przyznać, że głos Hutchinsona, który Ricord i Fournier swojemi doświadczeniami popierają, wydaje się bardzo jaskrawym, jeżeli przypomnimy sobie, co o leczeniu pierwszych objawów kiły niemiecka szkoła wygłasza. Sigmund i Zeissl, obaj zwolennicy rtęciowego leczenia, domagają się, aby kiły w początku nie leczyć, bo wczesne podawanie rtęci więcéj szkody, aniżeli korzyści przyniesie; a z drugiéj strony, jako przeciwnicy swoistego działania, nie przyznają rtęci uleczenia w tym okresie choroby; a wreszcie wskazują i takie przypadki, w których po bardzo wyraźném stwardnieniu ogólne objawy kiły wcale się nie okazały. Rozbierzmy z kolei rozumowania powyższéj szkoły i przypatrzmy się, czy zgadzają się z pojęciem, jakie o kile utworzyła nam anatomija patologiczna. Niemiecka szkoła uważa stwardnienie, a względnie pierwotne objawy kiły również za chorobę miejscową; przyznaje że nieznany przyrzut we krwi się rozradza; ale dodaje zarazem, że objawy wczesnéj kiły, zwanéj przez Ricorda kiłą drugorzędną, należy uważać za wydalanie jadu kiłowego z organizmu i dlatego wówczas dopiéro przychodzą jéj wyznawcy w pomoc organizmowi, kiedy on sam pozbywa się szkodliwych cząstek. O ile mi wiadomo, wcale nie udowodnili zwolennicy powyższéj szkoły, że objawy wczesnéj kiły są rzeczywiście wydalaniem jadu; a udowodnienie tego twierdzenia byłoby pożądaném dla poparcia powyższego rozumowania. Zarazem wyznać muszę, że twierdzenie téjże szkoły, dziwnie mi wygląda w obec przypuszczenia, że kilka plam barwikowych, jakie np. kłykciny płaskie po sobie zostawiły, mogą być źródłem powtórzenia się choroby czyli recydyw. Zdaniem powyższych autorów ma organizm tę własność, że w pewnych chwilach bardzo rączo pozbywa się szkodliwych czynników i w tejże saméj prawie chwili nie może pozbyć się zupełnie jadu, który staje się w przyszłości przyczyną powrotów chorobowych, dla uleczenia których wyznawcy powyższego twierdzenia znowu się uciekają do zadawania rtęci. Gdybyśmy przynajmniéj mieli pewność, że rtęć przyśpiesza odnowę organizmu i tym sposobem pomaga czynnościom fizyjologicznym, wówczas moglibyśmy jeszcze powyższe rozumowanie uważać za bardzo prawdopodobne; jeźli zaś nie przyznajemy wspomnianemu lekowi własności odnawiania, natenczas pozostanie tylko nagie rozumowanie, które, jakkolwiek na pozór nie wydaje się niemożliwém, nie zgadza się z doświadczeniami chemii patologicznéj. Należy jednak oddać słuszność szkole niemieckiéj, że są znane przypadki, w których po bardzo wyraźnem stwardnieniu i charakterystycznym obrzęku gruczołów chłonnych objawy ogólnéj kiły nie występują; i dodam zarazem, że jeźli przypuszczenia Hutchinsona się potwierdzą, leczenie kiły natrafiać będzie dopóty na przeszkody, dopóki spór między unitarystami i dualistami nie zostanie załatwiony, który, mówiąc nawiasem, na korzyść żadnego z tych obozów najprawdopodobniéj rozstrzygniętym nie będzie. Wracając obecnie do ocenienia obu szkół, tj. téj, która twierdzi, że rtęć usuwa tylko przypady, ale nie leczy choroby, i wyznawców swoistości rtęci; musimy, zdaje mi się, przyznać, że logiczniéj rozumują ostatni, i że ich twierdzenia popiéra anatomija patologiczna i chemija, która, powtarzam, udowadnia, że rtęć nie działa na kiłowych, przyśpieszając odnowę przez zwiększenie wydzielin. Stąd wynika, że teoryja swoistości rtęci jest prawdopodobną; ale dopóty nie będzie prawdziwą, dopóki nie wytłómaczy od czego zależy, że w wyjątkowych przypadkach rtęć nie leczy kiły. Nie dosyć tego; Hutchinson powinien jeszcze obronić i wyjaśnić, dlaczego u ludzi, których organizm przesycony jest rtęcią (jeżeli objawy zapalenia jamy ustnéj za dowód przesycenia uważamy), nie tylko objawy kiłowe występują, lecz często zjawiają się pod postacią znacznie groźniejszą, aniżeli u tych, którzy albo bardzo mało, albo wcale rtęci nie używali. Drugim ciężkim zarzutem, który nie dozwala nam przechylić się zupełnie na stronę Hutchinsona, jest fakt niejednokrotnie stwierdzony, że u ludzi pracujących w kopalniach rtęci, w których organizmie wiele tak zwanéj fizyjologicznéj odtrutki przyrzutu kiłowego się znajduje, mimo to objawy kiłowe występują. Dopóki przytoczonych zarzutów wyznawcy swoistości rtęci nie odeprą, dopóty nie przechylimy się bezwzględnie do ich rozumowań, chociaż je popiera anatomija patologiczna i chemija, a wreszcie doświadczenia przedsiębrane szczepieniem przez Hutchinsona. Pod koniec będę się starał uspokoić wszystkich tych, których prace Kussmaula i Overbekka nie przekonały, że rtęć oględnie podawana nie wywołuje w przyszłości groźnych następstw, pragnąc zarazem zachęcić do wczesnego podawania rtęci. Jak wiadomo, Lewin robił doświadczenia sublimatem, wstrzykując takowy podskórnie; za jego przykładem prawie wszyscy syfilidologowie raźno powtarzali jego doświadczenia, używając już to sublimatu, już to kalomelu. Z bardzo licznych spostrzeżeń, robionych temi przetworami, przekonono się, że do usunięcia objawów chorobowych wystarczy wprowadzenie bardzo małéj ilości, co najwięcéj 0·22 — 0·3 decigram. rtęci do organizmu. Stwierdzono równocześnie, że wstrzykiwanie wywołuje niektóre niemiłe przypady, jako to: nieznośny ból, stwardnienia w miejscach wsztrzykiwań, niekiedy ropnie, bardzo rozległe zapalenie rożycowe skóry, ślinotoki, newralgije, a niekiedy i katary kiszek, i że prawdopodobnie równie częste są powroty (recydywy), jak po innych sposobach zadawania rtęci. Te ujemne własności wstrzykiwań są powodem, że wspomniona metoda, mająca bardzo wiele zalet, nie utrzymała się.

W najnowszym czasie robił Cullingworth doświadczenia u osób kiłą dotkniętych, wstrzykując im dwujodek rtęci lub sinek rtęci. Obu przetworom przypisuje wiele zalet; co do ogólnego działania nie ustępują one, zdaniem jego, działaniu sublimatu, a różnią się tém, że nie wywołują niemiłych przypadów, jakie po wstrzykiwaniach sublimatem stwierdzono. Zachęcony jego doświadczeniami, uprosiłem byłego swego prymaryjusza Dra Zarewicza o powtórzenie tychże na jego oddziale. Nie chcąc zbyt rozwlekle o tém się rozpisywać, streszczę tylko wyniki spostrzeżeń co do działania sinku rtęci, co tém chętniéj czynię, że dokładną relacyję z doświadczeń pragnę póżniéj ogłosić. Niewątpliwie należy się pierwszeństwo sinkowi przed sublimatem; bo również szybko usuwa przypady, a nie sprawia żadnego bolu, o czém sam na sobie się przekonałem. Stwardnienia, jakie po tym przetworze następują, są bardzo nieznaczne, (i wówczas bardzo prędko

ustępują), albo wcale ich nie ma. Nigdy nie zdarzyło mi się, aby po wstrzyknięciu powstał ropień, zapalenie rożycowe skóry, ból nerwowy, lub katar kiszek; chociaż niekiedy do znacznéj stosunkowo ilości wstrzykiwań dochodziłem. Jeszcze jedną wielką zaletą jest to, że nigdy dotąd nie uważałem ślinotoku; chociaż często bez używania środków, ślinotok usuwających, go podawałem.

Co jest powodem, że sinek rtęci nie wywołuje bolu, to zdaje mi się tłomaczyć chemija. Według podania Bostocka nie strąca sinek białka, nie zmienia mleka krowiego i płynu puchlinowego, jak wykazują doświadczenia Tolmaczewa, i nie wywołuje krzepnienia krwi odwłókniowéj, zmieniając kulistość ciałek i barwę krwi.

Nie twierdzę jednak, aby wstrzykiwania sinku rtęci w bardzo krótkim czasie ogólnie przyjęte zostały; niewątpliwie bowiem łatwiéj i dogodniéj połknąć pigułkę, aniżeli pozwolić sobie wstrzyknąć. Ale tą metodą, zdaje mi się, moglibyśmy lekarze szpitalni łatwo stwierdzić to, czego nam niedostaje, tj. czy można podawaniem rtęci przeciąć rozwój kiły, czyli innemi słowy, czy rtęć działa swoiście w zakażeniu kiłowém.

Od badań anatomicznych i chemicznych nie możemy się spodziewać dzisiaj rozwiązania spornéj kwestyi, a każdą metodę musimy uznać za dobrą, która do rozstrzygnienia doprowadziłaby. Nie obawiając się zarazem zarzutów ze strony przeciwników rtęci, powinni, zdaje mi się, ci, dla których rozumowania Hutchinsona są prawdopodobne, doświadczać działania rtęci w kile, podając sinek rtęci podskórnie, i to jak najszybciéj, po najdokładniejszém stwierdzeniu (o ilo to w naszéj mocy) choroby kiłowéj, czyli, mówiąc wyraźnie, pierwotnego objawu kiły. Stąd wynika, że polecałbym powyższe doświadczenia bardzo gorąco i dodaję, że byłoby rzeczą bardzo pożądaną, gdyby twierdzenia Hutchinsona się sprawdziły; bo wówczas nie panowałby już zamęt w leczeniu téj tak częstéj choroby.

---

## PRZEGLĄD LITERATURY ZAGRANICZNEJ.

### CHEMIJA LEKARSKA.

**T. Bogomoloff.** Przyczynek do nauki o barwikach moczu [1]).

I. Mocz prawidłowy. Z badań, uskutecznionych w pracowni klinicznéj p. Botkina w Petersburgu, autor powziął przekonanie, że wszystkie istoty, przez różnych autorów odmiennie nazywane, z kwasami mineralnemi i kwasem octowym dają barwik żółty lub różowy mieniący się w zielony, który w widmie ma smugę pochłonną (*Absorbtionsstreifen*) między *b* i *F*. Ponieważ tę własność posiada także urobilin: przeto można ztąd wnosić o tożsamości tychże istot.

Najłatwiéj możemy otrzymać czysty urobilin z moczu blado żółtego lub jasno żółtego. Jeżeli zaś barwa przechodzi w żółtą, żółto-czerwoną, lub czerwono-żółtą: otrzymujemy oprócz urobilinu barwiki: czerwony, indygowo-niebieski, malinowo-czerwony, szmaragdowy.

Jeżeli do moczu barwy blado żółtéj dodamy samego kw. siarczanego lub octowego, lub téż wyskoku, a następnie kw. siarczanego: to zobaczymy na granicy między kw. siarczanym a moczem różową obrączkę, po zamąceniu zaś barwę jednostajnie różową. Za dodaniem kw. solnego i eteru lub kw. octowego i chloroformu możemy również taką różową barwę otrzymać; należy jednak zwrócić uwagę na to, że przy dodawaniu kw. kroplami powstaje barwik żółty; jeżeli zaś dodamy w nadmiarze, — różowy. Obydwa barwiki badane w widmie posiadają własności urobilinu.

Te jasne gatunki moczu odbarwiają się bardzo łatwo octanem ołowiowym, przyczém tracą własności swe w widmie; po niejakim czasie jednak, stykając się z powietrzem, odzyskują je napowrót. Mocz taki prawidłowy niekiedy okazuje, gdy długo stał, powłoczki tęczowe mieniące się na powierzchni, które kłócone z chloroformem dają nam bardzo małą ilość barwika indygowo-błękitnego, cechującego się swemi mikroskopijnemi kryształkami (prostokątnemi graniastosłupami).—Mocz ciemniejszy, tj. żółty, lub czerwono-żółty, wydaje pod wpływem powietrza szereg barwików nie w postaci powłoczek mieniących się tęczowo, lecz płatków indygowo-błękitnych (rzadziéj daleko indygowo-czerwonych, indygowo-fijołkowych, lub indygowo-zielonych), opadających na spód naczynia. Kłócąc je z chloroformem, otrzymujemy istotę indygowo-błękitną, lub indygowo-zieloną; pierwsza wydaje w widmie pręgę ciemną na podziałce 40téj, druga zaś na 30téj. Jeżeli rozkład nastąpi bez przystępu powietrza, mocz staje się brudno żółty i osadza płatki fijoletowe. Jeżeli zaś kłócimy taki mocz z powietrzem atmosf., staje się szmaragdowo-zielonym, wyciąg zaś chloroformem uskuteczniony ma smugę ciemną na 30téj przedziałce widmowéj.

Dodając do moczu kw. mineralne, otrzymujemy następujące barwiki: Za dodaniem kw. chloro-wodowego wyciąg eteryczny lub chloroformowy przybiéra barwę indygowo-błękitną lub indygowo-czerwoną. Ciecz indygowo-błękitna pochłania światło między 30 — 40, indygowo-czerwona między 50 — 60 widma słonecznego, zielona między 20 — 30; obok tych możemy jeszcze rozpoznać urobilin z własności jego w widmie. Mocz z kwasem siarczanym, octowym lub wyskokiem zakwaszonym przez $SO_3$ po dodaniu chloroformu i kłóceniu z tymże oddaje barwik rubinowy lub granatowo-czerwony. Jeżeli zaś zlejemy ciecz z nad warstwy chloroformu i zakłócimy z eterem: pierwsza nabierze barwy czerwonéj do granatu podobnéj, chłonąc światło między 50 — 60, nawet nieco daléj.

Nadto możemy niekiedy otrzymać z moczu prawidłowego żółtego barwik malinowo-czerwony, którego smuga ciemna leży między 80 a 90 w zielonéj części widma słonecznego. Do otrzymania takich barwików musimy w moczu bursztynowo-żółtym otrzymać osad soli ołowiowéj, którego wyciąg rozkładamy za pomocą $SO_3$.

Mocz żółty, szczególniéj bursztynowo-żółty, zaprawiony HCl i chlorkiem wapniu, okazuje wyraźną zmianę barwy dokładnie oznaczoną przez Jaffégo, która tylko obecnością indykanu wywołaną być może.

II. Mocz patologiczny cechuje się rozmaitemi odcieniami barw. Oddziaływanie jego na próby barwików jest bardzo czułe, co się nie zawsze wydarza w moczu prawidłowym. Im ciepłota ciała jest wyższą, tém więcéj wytwarza się w moczu urobilinu, podczas gdy inne barwiki prawie znikają. Przy spadku ciepłoty (np. w przesileniu choroby) opada także uroerytryn. Barwik ten, czyto w moczu rozpuszczony lub zawieszony, czy téż zebrany na sączku, daje smugę pochłonną między 60 — 70 (niekiedy zamiast uroerytrynu opada urobilin w postaci osadu różowo-żółtego).

Badania moczu cholerycznych, które uskuteczniał B. w klinice prof. S. Botkina, doprowadziły go do wyników zgodnych z O. Wyssem. Mocz choleryczny barwy mocno ciemnéj nie dawał próby na barwiki żółciowe; bardzo jednak był przydatny do otrzymania różnych barwików (indygowo-błękitnego, zielonego, fijoletowo-czerwonego, malinowo-czerwonego): gdyż na powietrzu przybiérał często barwę różową, miał smugę pochłonną między 80 — 90, osadzał płatki indygowo-fijoletowe lub indygowo-niebieskie

[1]) Cbl. f. d. med. Wiss. 1875, Nr. 14.

i oddziaływał na próbę indykanową Jaffégo. Jeżeli mocz był barwy blado-żółtéj, to za dodaniem kw. siarczanego lub azotnego stawał się malinowo-czerwonym. Wyciąg tego barwika chloroformem uskuteczniony daje smugę ciemną między 80 — 90. Mocz żółty rozcieńczony kw. octowym i zaprawiony nadmiarem $SO_3$ okazywał od góry ku dołowi pierścienie barwne: zielony, indygowo-błękitny, indygowo-fijoletowy i czerwony. Pod wzwyż wymienionemi warunkami możemy otrzymać z takiego moczu za pomocą chloroformu ciecz indygowo-błękitną lub indygowo-fijoletową, a jako produkt uboczny urobilin.

Najwięcéj urobilinu otrzymać można z moczu żółto-czerwonego, a nadto barwik podobny do uroerytrynu. Wyciąg urobilinu najłatwiéj otrzymujemy w ten sposób, że, dodawszy kilka kropli kw. octowego, kłócimy z chloroformem lub eterem.

Barwiki opisane łatwo także otrzymać możemy z moczu w długotrwałych cierpieniach wątroby (marskości i raku).

Barwa moczu chwieje się natenczas między *a*) żółtą, *b*) czerwono-żółtą, *c*) żółto-czerwoną, *d*) czerwoną. Z moczu *a* najłatwiéj otrzymamy barwik indygowo-niebieski i szmaragdowo-zielony (jako téż granatowo-czerwony); w *b* szczególniéj znajdziemy malinowo-czerwony i urobilin; w *d* przedewszystkiém urobilin.

Barwiki indygowo-błękitny i szmaragdowo-zielony, jako téż i inne, po zaprawieniu moczu wymienionemi kwasami za dodaniem chloroformu opadają z tymże na spód. Z czasem warstwa chloroformu znika, zamieniając się w białe kryształki, które rozpuszczone w wyskoku przybiérają z $SO_3$ barwę indygowo-niebieską i mają charakterystyczną smugę pochłonną przy 40.

Podobnie zachowuje się mocz w żółtaczce u psów, którym podwiązano przewód żółciowy i zamknięto przetokę pęcherzyka żółciowego. Z czasem znikają z moczu barwiki żółci, ale znajdują się w nim kwasy żółciowe, a barwiki indygowo-niebieski i inne już wymienione łatwo można otrzymać. Nakoniec mocz odbarwia się zupełnie i nie oddziaływa na próby kwasów żółciowych.

Wszystkie te szczegóły wskazują, że w tworzeniu barwików moczu tak prawidłowych jak nieprawidłowych udział biorą kwasy żółciowe. Przypuszczenie takie popierają następujące okoliczności: 1) wstrzykiwanie kwasów żółciowych do krwi wywołuje zupełnie podobne zjawiska; 2) wstrzykiwanie barwika krwi, jako téż żółci, daje wypadki ujemne; 3) wstrzykując rozczyn indykanu, otrzymuje się wynik taki sam, jak z kwasami żółciowemi (zwiększenie się barwika indygowo-niebieskiego w moczu).

Z tego wszystkiego można wnioskować, że: *a)* przy rozkładzie moczu w powietrzu lub pod działaniem kwasów tworzą się następujące barwiki: czerwony lub żółty (urobilin), indygowo-niebieski, szmaragdowo-zielony, malinowo-czerwony, granatowo-czerwony. *b*) Prawidłową żółtą barwę sprawia obecność urobilinu, barwiki indygowo-niebieski i indygowo-czerwony mogą również zawarte być w moczu; mocz patologiczny zawiéra stosownie do swéj barwy jeden lub drugi albo 2 — 3 ze wspomnionych barwików. *c*) W chorobach gorączkowych (durze, zapaleniu płuc, ostrym gośćcu stawowym) tworzy się najwięcéj urobilinu; w przesileniu równocześnie ze zmniejszeniem się urobilinu pokazuje się uroerytryn i t. z. indykan. W marskości wątroby, cholerze, gnilcu, chorobach serca, stosownie do barwy moczu, może się tworzyć cały szereg wymienionych barwików. *d*) Kwasy żółciowe należy uważać za źródło powstawania barwików. *e)* W stanach gorączkowych, jako téż w chronicznych chorobach wątroby znikają te barwiki, podczas gdy tworzenie się urobilinu wzmaga się.

Pozostaje jeszcze wspomnieć: że rozczyn wodny indykanu odbarwiony węglem zwierzęcym barwi się w zetknięciu z powietrzem żółto, posiada fluorescencyję zieloną i smugę pochłonną urobilinu. Rozczyn przybiera po kilku dniach barwę brunatno-żółtą i osadza płatkowaty osad indygowo niebieski, a wyciąg jego chloroformowy daje po dobrowolném odparowaniu graniastosłupy prostokątne. Rozczyn wyskokowy indykanu z moczu prawidłowego, jako też moczu psów wspomnianych, równie jak i w chorobach wątroby otrzymanego, daje za działaniem $SO_3$ barwiki nie tylko indygowo-niebieski, lecz także szmaragdowo-zielony, granatowo-czerwony, żółty, lub czerwony, które we własnościach widma zupełnie się zgadzają z barwikami wyżéj wymienionemi. Rozczyn indykanu w kw. octowym daje pod wpływem $SO_3$ ciecz żółtą lub różową ze smugą pochłonną urobilinu. Słowem między indykanem i barwikami moczu z jednéj a kwasami żółciowemi z drugiéj strony zachodzić musi ścisły związek.

*E. Neumann.*

---

## POSIEDZENIA TOWARZYSTW.

---

### Towarzystwo lekarzy galicyjskich we Lwowie.

---

**Posiedzenie naukowe X, d. 22 maja 1875 r.**

Przewodniczący kol. Noskiewicz. Obecnych członków 23.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Rieger zdaje sprawę z posłuchania w sprawach Tow. lek. u Pana Ministra Ziemiałkowskiego, do czego wydelegowanym został razem z kol. Feiglem. W sprawie lekarzy gminnych Pan Minister nie widzi możności powodzenia w Ministerstwie; takowe bowiem zamierza polepszyć stusunki sanitarne w ten sposób, iż powiększa liczbę lekarzy powiatowych do 50, więcéj zaś ze swéj strony nie zechce uczynić. (Lekarze powiatowi mają być podzieleni na 2 klasy). Sprawę utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie obiecał jak najmocniéj popierać, jak w ogóle zapewnił o swéj życzliwości dla spraw Towarzystwa.

3) Przewodniczący przypomina Zgromadzeniu sprawę Zjazdu lek. i uprasza o zgłaszanie się o karty udziałowe. Wniosek kol. Rożańskiego, ażeby Tow. lek. członków swoich zamiejscowych osobném pismem zaprosiło do udziału w Zjeździe, przyjęto i przekazano Sekretarzowi wykonanie tegoż.

4) Przewodniczący przekłada kopiję podania Tow. lek. krakowskiego do Wys. Sejmu w sprawie organizacyi lekarzy gminnych. Wniosek kol. Rożańskiego, ażeby, w celu silniejszego poparcia téj sprawy, rozesłać zaproszenia do wszystkich Tow. lekarskich cyslitawskich, żeby ze swéj strony również upominały się w Radzie Państwa o takąż organizacyję, któreto zaproszenie ma wypracować osobna komisyja, jednogłośnie przyjęto, a do komisyi wybrano kol. wnioskodawcę i kol. Lindnera.

5) Sekretarz odczytuje w głównych zarysach memoryjał Tow. lek. krakowskiego w sprawie szczepienia ospy, podany do Wys. Wydziału krajowego. Oddano komisyi wybranéj do użytku.

6) Przewodniczący doręcza Tow.: *a)* „Sprawozdanie kol. E. Sawickiego z podróży naukowéj odbytéj w r. 1875“, darowane przez autora; *b)* Rozprawę Prof. Korczyńskiego, darowaną Tow.: „O gośćcu stawowym“. Oddano Biblijotekarzowi.

7) Sekretarz odczytuje list z Łopuszny zawiadamiający o rozpoczęciu pory kąpielowéj, podczas któréj ordynującym lekarzem jest Dr. Stanisław Czerkawski.

8) Kol. Kilarski przedstawia chorego z oddziału ocznego Szpitala powsz., ze zmianami ze względu na następstwa wywołane zajmującemi. Tenże przebył przed czterema laty zapalenie ropiaste spojówek obu oczu (*blennorrhea*). Skutkiem tego wytworzyło się na jedném oku wrośnięcie niemal całego brzegu tęczówki w rany rogówki i liczne wypadnięcia tęczówki i chory ociemniał na to oko. Na drugiém oku zaś powstało małe tylko wpadnięcie tęczówki i wrośnięcie téjże w ranę rogówki od strony wewnętrznéj, wskutek czego źrenica przeciągnięta jest ku odpowiedniéj stronie, jak po sztucznéj operacyi; przez 4 lata jednak chory widział dobrze i pracował tém okiem jako snycerz. Przed 4ma tygodniami dopiéro dostał w tém oku nagłego bolu, strzykania, łzawienia; powieka spojówkowa i gałkowa obrzmiały i chory utracił wzrok. Chory trzeciego dnia przybył na oddział chorób ocznych w Szp., gdzie znaleziono: Powieki obrzmiałe, krwią podbiegnięte, wydzielina ropna, powierzchnia rogówki mętna, podobna do szkła nachuchanego, źrenica mocno ściągnięta; w przedniéj komórce mała ilość ropy, która się opuściła (*hypopium*). Wziernikiem z powodu jednostajnego mocnego zmętnienia w głębi oka nie było można nic dojrzeć. Chory stanowczo twierdził, że nie było przedtém żadnego urazu. Rokowanie było bardzo złe. Leczenie zasadzało się na zapuszczaniu atropinu, założeniu opaski uciskowéj i wcieraniu 2 razy dziennie po $^1/_2$ drachmy szaruchy, którychto wcierań wziął chory 28 — 30. Po kilku dniach nasiąk krwawy ze spojówki ustąpił, 4go dnia jednak powstała wybroczyna do przodkowéj komórki bez wszelkiéj przyczyny. Gdy w następnych kilku dniach jednakowoż ciecz wodna wyjaśniała: dno oka przedstawiało się po za soczewką wypełnione masą żółtą, tak, że już gołém okiem można było widzieć, iż głębia oka jest ropą naciekła. Obecnie oko zewnętrznie powróciło do stanu prawidłowego, spojówka gałkowa jest tylko w miejscu blizny z wrosniętą tęczówką zaczerwieniona i nastrzykana, jakoteż widać lekkie przyczepiny tęczówki tylne świeżo powstałe; soczewka czysta, po za nią jednak widać w pewném oddaleniu naciek ropiasty żółty, który zapewnie zajmuje znaczną część głębi oka, chory ma bowiem zaledwie ślad poczucia światła. Prel. przedstawia przypadek ten jako bardzo pouczający, jedyną przyczynę obecnego stanu widzi bowiem w bliznach rogówki z wrośnięciem tęczówki. Przypadek ten usprawiedliwia więc zdanie tych okulistów, którzy sprzeciwiają się wykonywaniu operacyi sztucznego przeciągania i wrośnięcia tęczówki w ranę rogówki; chociaż bowiem przypadki podobne trudno widzieć, obecny daje wybitny obraz następstw możliwych po takiéj operacyi.—W rozprawie kol. E. Sawicki zapytuje, czyliby w celach terapeutycznych nie było wskazanem wykonać wycięcie tęczówki (*iridectomia*) w celu zniesienia źródła podniecającego sprawę zapalną, jakoteż, czyli nie byłby wskazanym miejscowy upust krwi?—Kol. Lindner zaś stanowczo przemawia za wykonaniem wycięcia tęczówki, odwołując się do doświadczeń Arlta (który radzi przy najsilniejszém nawet zapaleniu tęczówki wykonywać tę operacyję), Prof. Hawranka i swoje własne. Widział podobno 2 przypadki; a obecnie nie wypuszcza ze swego oddziału nigdy podobnego chorego, nie wykonawszy irydektomii w celu zapobieżnym.—Prel. odpowiada, iż wypocina była już złożoną, gdy chory przybył na oddział: chodziło więc tylko o jéj wessanie; dlatego nie używał upustu krwi. Na irydyktomiję zgodziłby się, gdyby miał do czynienia z zapaleniem tęczówki; tu jednak było zapalenie ropne głębi oka, rana świeża mogła więc stan tylko pogorszyć i doprowadzić łatwo do zapalenia ropnego całego oka (*panophthalmitis*). Wykonywanie irydektomii bezwzględnie w każdym przypadku zrostów tęczówki uważa za szkodliwą ostateczność: zrosty bowiem nawet zdaniem Arlta są szkodliwe tylko, gdy leżą w obwodzie rogówki; nie są zaś szkodliwe ani dotkniętemu, ani drugiemu oku, gdy leżą w środku. Operacyja w ostatnim razie byłaby tylko upiększająca (kosmetyczną), a skutek zawsze wątpliwy z powodu, że mogą powstać nowe zrosty i rozproszenie światła. Stosowniéj zdaniem prel. jest, ostrzedz chorego, ażeby zaraz, skoroby mu co dolegało, zgłosił się do lekarza; a czas i wtedy operować, zapalenia takie bowiem nagle się nie rozwijają.

9) Kol. Krówczyński przedstawia przypadek z oddziału kobiecego chorób skórnych w Szpit. powsz. Chora, 20 lat licząca, rodziców miała zdrowych (ojciec zmarł na zimnicę, matka żyje zdrowa). W 2gim roku życia miała 2 ropnie na ręce lewéj, które pozostawiły po dobrowolném pęknięciu mocno ściągnięte blizny. Odtąd miewała wyrzuty skórne na barku, przedbarku i udzie prawém, które powstawały z guzków, przez zlanie się powiększały, ropiały, a wreszcie goiły się cieniuchnemi bliznami; zresztą była zupełnie zdrową. Przed 3ma laty dostrzegła na wielkim palcu u ręki prawéj drobne guzki, które, powiększając się, rozpadały się i tworzyły wrzody rozmaitéj wielkości, łatwo krwawiące i wydzielające wiele ropy, a zniszczenie skóry tak postępowało, że w półtora roku palec wielki zupełnie był zniszczony. Po 8 — 10 miesiącach spostrzegła chora, że téj samej sprawie chorobowéj ulega palec wskazujący, późniéj średni, nareszcie pierścieniowy, a nakoniec mały palec. Równocześnie wytwarzały się guzki na nadgarstku i wewnętrznéj powierzchni przedbarku i dłoni. Wrzodzenie wreszcie ustąpiło bez leczenia, a miejsce jego zajęła blizna, która, ściągając się, skrzywiła rękę w stawie przedbarkowo-nadgarstkowym, tak, że obecnie jest pod kątem rozwartym ku wewnętrznéj powierzchni przedbarku, a zarazem na zewnątrz pochyloną. Wówczas wystąpiły téż wyrzuty na barku, przedbarku i udzie prawém, późniéj na goleni i stopie prawéj, a najpóźniéj na policzku prawym (od niespełna roku).

Stan obecny choréj jest następujący: Osoba dobrze odżywiona, czerstwa, silnie zbudowana. Na policzku prawym skóra od połowy długości mięśnia żwacza aż do wewnętrznego kąta ocznego mocno zaczerwieniona, nieco zgrubiała i pokryta już to łuskami, już to strupami, pod któremi skóra przedstawia powierzchowne owrzodzenie wielkości soczewicy do fasoli. Gdzieniegdzie zaś pokrywają strupy lekko przerosłą warstwę brodawkową skóry, lekko sączącą. W środku tego nacieku spostrzegamy czerwonawo-niebieskawą bliznę świeżą, w téj zaś 3 małe guzki mocno czerwone wielkości prosa, które już podczas obserwacyi się wytworzyły; podobne guzki rozmaitéj wielkości znajdujemy i w obwodzie nacieku. Ręka prawa jest zupełnie zniekształtniona, cała odnoga mniéj rozwinięta, niż lewa, obwód barku o $^1/_2$'', a przedbarku o 1'' mniejszy, niż odpowiedni obwód lewéj odnogi. Zamiast kciuka spotykamy szczątkową część kości z ostatniego członka palcowego, pokrytą skórą, która utrzymuje szczątek paznogcia w postaci cienkiéj i nieregularnéj płytki rogowéj. Pomiędzy kością śródręczną a szczątkiem członka palcowego jest skóra mocno skurczona i zmieniona w bliznę. Ruchy czynne zupełnie niemożliwe, a bierne prawie żadne. Palec wskazujący, niemal w $^1/_3$ cz. zrośnięty z palcem następnym, równie jak ostatni z pierścieniowym, składa się z całego 1go członka i większéj części drugiego; wszystkie zaś członki palcowe u téj ręki słabiéj są rozwinięte, niż u ręki lewéj. Powierzchnia palca wskazującego jest pokryta strupami, pod któremi warstwa brodawkowa jest przerosłą; po oddzieleniu strupów powstaje poprzeczna rozpadlina łatwo krwawiąca, złożona z przerosłych brodawek, a w jéj głębi wyśledzić można zgłębnikiem część kości obnażonéj, któréj część Prel. poprzednio już wyciągnął

kliszczykami. Trzeci palec podobny, posiada na skórze płytkę rogową, jako szczątek paznogcia. Na palcu pierścieniowym i małym zmiany są mniejsze, składają się bowiem z 2go członka i szczątków 3go. Oprócz blizn na nadgarstku i płaszczyźnie zewn. przedbarku z charakterystycznemi guzkami, wielkości ziarn prosa lub soczewicy, żywo czerwonemi, z których niektóre są pokryte łuskami; widzimy tak na zewn. jako i wewn. powierzchni przedbarku głębsze nacieki rozlane, pokryte łuskami łatwo oddzielić się dającemi, a pod nimi skórę mocno zaczerwienioną, sączącą lub brodawkowato przerosłą, a w obwodzie nacieku małe guzki zlewające się miejscami. Takie same zmiany są na łokciu i barku. Prel. wątpi, ażeby zmiany te trwały tylko 3 lata, zważywszy zanik całéj odnogi. Tułów jest zupełnie wolny. Na udzie prawém są zmiany podobne, jak na odnodze górnéj, mianowicie na powierzchni wewnętrznéj uda, podobnież na wewnętrznéj powierzchni goleni. Nad prawym stawem goleniostopowym leży w około blizna rozległa, $2\frac{1}{2}''$ szeroka, (z czego $1\frac{1}{2}''$ na stopę, a $1''$ na goleń przypada), któréj obwód tworzy wał z bardzo głębokiego nacieku złożony, pokryty grubemi strupami, pod któremi liczne rozpadliny, powstałe skutkiem wybuju utkania skóry w postaci igiełkowatych brodaweczek, napełnionych obficie cieczą ropiastą; najgrubsze i najdłuższe brodaweczki widać na spodzie stopy i w okolicy ścięgna Achillesa (*framboësia luposa*). Chora podaje za przyczynę wybujania drażnienie butem. Odnoga dolna lewa jest zupełnie wolna z wyjątkiem nacieku podobnego, jak na stopie prawéj, wielkości talara, nad kością skokową. Opierając się na wywiadach, przebiegu i zmianach przedmiotowych, Prel. rozpoznaje toczeń (*lupus*) pod postacią guzków (*l. tuberculosus*), owrzodzeń (*l. exulcerans*) i tak zw. *framboësia luposa*, który następowo zniszczył skórę, mięśnie i kości. Rozpoznanie było jednak trudne. Blizna po toczniu ma być wedle dermatologów białą i cienką, po zmianach kiłowych ciemno zabarwiona. Prel. stwierdza jednak zdanie Hebry, iż żadna blizna nie jest dość cechującą, ażeby z niéj saméj można było rozpoznawać istotę choroby. To samo da się powiedzieć o głębokości nacieku. Jak trudno bywa rozróżnić toczeń od kiły, o tém świadczy zresztą już ta okoliczność, że często lekarze, stanowiący w tym względzie najwyższą powagę, sprzeczne wypowiadają zdania o istocie choroby, mianowicie czy w danym przypadku jest kiła, lub też toczeń? Prelegentowi ułatwiły jednak rozpoznanie drobne guzki wewnątrz blizny, na które dermatolowie za mało zwracali uwagi w rozpoznawaniu, a które nauczył się cenić od byłego swego prymaryjusza Dr. Zarewicza; nigdy bowiem nie widział, ażeby przy zmianach kiłowych wewnątrz blizny powstawały nowe guzki. Co do istoty choroby, jedni uważają, że toczeń towarzyszy zakażeniu zołzowemu; Hebra, Zeissl jednak widzieli go i u niezołzowych; wielu wreszcie uważa toczeń za cierpienie z kiłą bardzo spowinowacone. Neumann odrzuca zdanie ostatnie: zaszczepił bowiem kiłę choremu mającemu toczeń; co zdaniem Prel. nie jest jednak dowodem pewnym, Bauley bowiem i Schnepp szczepili z dodatnim wynikiem choremu z objawami późnéj kiły jad ostry; Wilks i Hutchinson zaś uważają późne zmiany kiłowe nie za kiłę, lecz za następstwo takowéj. Leczenie środkami wewnętrznemi jest słabe; jedyne środki skuteczne są zewnętrzne zżeradła, które jednak nie ochraniają od powtarzania się choroby. Z ostatnich zamyśla Prel. używać: zgęszczonego roztworu kwasu karbolowego, kwasu salicylowego i kwasu chromowego, aby w celach kosmetycznych można było orzec, który z tych środków pozostawia najmniéj widoczne blizny. Wynik tych doświadczeń przedstawi Prel. Towarzystwu.

W rozprawie kol. Rożański uderza na nadzwyczajne rozróżnianie chorób skórnych, które uważane bywają za choroby czysto miejscowe, a co z doświadczeniem często się nie zgadza i co mowca udowadnia przykładami. Obecny przypadek dowodzi, że toczeń może wbrew zdaniu dermatologów niszczyć i kości. — Kol. E. Sawicki radzi używać i środków wewnętrznych, mianowicie zaś kwasu karbolowego podskórnie, którego skuteczność stwierdził w podobnych przypadkach. Co do rozróżniania chorób, przemawia za takowém, z uwzględnieniem jednak i odpowiednich badań szczegółowych anatomicznych.

Kol. Juliusz Czerkawski podaje dzieje rozróżniania chorób w ślad za naukami przyrodniczemi, mian. od czasów Lineusza. Wielu jednak pojęć w medycynie, których mierzyć jeszcze nie umiemy, nie możemy dzielić. Prel. zgadza się na użycie i środków wewnętrznych, o ile będzie mógł je zastosować; wątpi jednak o tychże skuteczności.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. *Feigel.*

---

## RZECZY PUBLICZNO-LEKARSKIE.

* **Warszawa.** Komitet sanitarny powołał pp. Dr. Natansona i L. Korngolda do zbadania kąpieli w Warszawie istniejących dla żydów, zwanych mykwami, jak niemniéj dla rozpoznania manipulacyi przy obrządku obrzezania.

Podobno po aptekach odbywać się mają miesięczne rewizyje recept w celu zapobiegania wydawaniu lekarstw za receptami osób nie mających prawa do praktyki lekarskiéj, jako to: studentów uniwersytetu, felczerów, akuszerek i innych. Sprawdzanie dokonywane być ma przez umyślnie naznaczonych w tym celu urzędników.

Służba targowa drugiego oddziału łącznie z policyją i lekarzami miasta przez czas dwumiesięczny skonfiskowała następujące artykuły żywności: 381 funtów zepsutego mięsa, 43 funty węgrowatéj wieprzowiny, 740 funt. nieświeżych ryb, 20 funt. nieświeżych lekkich, 5 sztuk bitych zepsutych indyków, $52\frac{1}{2}$ funt. cuchnącego sera, 12 funt. gorzkiego masła, 5 garncy zaprawionéj śmietany, 159 sztuk zgniłych pomarańcz, 520 funt. niedojrzałych śliwek, 161 funt. zgniłych wisien, 148 funt. chleba niemającego zadeklarowanéj wagi, 68 funt. zafarbowanego saga. Chleb odesłano do Towarzystwa Dobroczynności, sago oddano pod rozbiór, inne artykuły zniszczono. *(K. W.)*

(Co do **Krakowa**, nie mamy żadnéj wiadomości o działaniu policyi targowéj i lekarskiéj w podobnym kierunku).

* **Rady zdrowia w Bawaryi.** Ministerstwo spraw wewn. bawarskie wydało dnia 15 czerwca r. b. rozporządzenie określające sposób, w jaki mogą być ustanawiane rady zdrowia. Całe to rozporządzenie (zob. *Aerztl. Intell. Bl.*, Nr. 26) grzeszy tém, że postanowienia tegoż są chwiejne i niedostatecznie określone.

* **Nierządnicom w Wiedniu** wolno było dotychczas według upodobania wybierać sobie lekarza, któryby w oznaczonych odstępach czasu sprawdzał ich stan zdrowia. Jednakże władza się przekonała, że przepis ten jest niepraktyczny; na przyszłość zatém rewizyją nierządnic trudnić się będą tylko lekarze z urzędu do tego przeznaczeni.

---

## KRONIKA i ROZMAITOŚCI.

* **Kraków**, dnia 6 października. JEksc. P. Stremayr, minister wyznań i oświaty, w powrocie z Czerniowiec zatrzymał się dziś w naszém mieście. Z rana o godzinie 11éj

przedstawiali mu się w sali Biblijoteki Jagiellońskiéj wszyscy profesorowie Uniwersytetu; po południu zaś P. minister zwiedzał zakłady Uniwersytetu, a w szczególności zakłady kliniczne. Wysłuchawszy życzeń pojedyńczych profesorów pod względem ulepszeń pożądanych, a nawet niezbędnych, w urządzeniu i pomieszczeniu rzeczonych zakładów, P. Stremayr obiecał, że wedle możności będzie się starał uczynić im zadość. Prócz tego, odwołując się do spostrzeżeń, które poczynił w innych uniwersytetach nie tylko monarchii austryjackiéj, ale i zagranicznych, nadmienił z chlubą dla naszéj szkoły głównéj, że: gdy w niektórych plon naukowy niecałkiem odpowiada wielkości, a nawet wspaniałości zakładów i ich urządzenia; w Uniwersytecie Jagiellońskim pomimo szczupłych stosunkowo lokalów i środków pomocniczych działalność jego naukowa na wszelką zasługuje pochwałę.

* **Lwów.** Skargi podnoszone na powolność budowy „Szumanówki“, realności przeznaczonéj na szkołę weterynarską, spowodowały Wydział krajowy, iż energicznie przyśpiesza zarządzone przebudowy, które pod zimę mają być ukończone. Ponieważ Sejm, jak wiadomo, pozostawił w zawieszeniu założenie szkoły weterynarskiéj: przeto Wydział krajowy obróci budynek ten tymczasowe na mieszkanie prywatne. *(Cz.)*

* **Tarnów.** W znanéj sprawie przeciwko Kotlarskiemu i Machnickiemu o naruszenie funduszów tutejszego szpitala, Trybunał na zasadzie jednogłośnego orzeczenia sędziów przysięgłych ogłosił wyrok, iż obadwaj winni są zbrodni sprzeniewierzenia i skazał obu na 5 lat więzienia, obostrzonego jednorazowym postem co miesiąc, na ponoszenie kosztów postępowania karnego i na zwrot szkód funduszowi szpitalnemu i funduszowi ubogich w kwocie 9,793 złr. 84 cent. w gotówce i 170 złr. w papierach obiegowych.

* **Toruń.** W Prusach Zachodnich agituje się od dawna myśl założenia Towarzystwa naukowego. Zanim Towarzystwo to wejdzie w życie, proponuje Dr. Rydygier z Chełmna utworzenie „Towarzystwa lekarzy polaków“ w Toruniu, któreby mogło późniéj, gdy się ogólne Tow. naukowe utworzy, przystąpić do niego, jako osobny wydział.

Ze swéj strony szczérze życzymy, żeby zamiar nie pozostał tylko projektem. Przykład Królestwa Polskiego, gdzie obok Towarzystwa lekarskiego warszawskiego istnieje kilka towarzystw lekarskich gubernijalnych, powinienby zagrzać Szanownych kolegów naszych w Wielkopolsce.

***Nekrologija.*** W m. wrześniu r. b. zmarli: w Bonnie słynny anatom prof. Weber w 80. roku życia, a w Hanowerze znany okulista prof. Jüngken w 83. roku.

**Wiadomości osobowe.** Profesor medycyny sądowéj w Inspruku, Dr. Hofmann (rodem. czech), mianowany został profesorem tegoż przedmiotu w Wiedniu. Dr. Trendelenburg, docent Chirurgii w Berlinie, został profesorem uniwersytetu w Rostoku.

Dr. Henryk Lic zamieszkał w Brzozowie (w Sanockiém). Dr. Krzyżagórski osiadł w Grabowie (w Wieluńskiém).

Adjunktem w klinice okulistycznéj Dra Pagenstechera w Wiesbadenie jest Dr. Wicherkiewicz z Poznańskiego.

Dr. Jan Karwowski z Leszna złożył egzamin krajowy w Halli na lekarza prakt., chirurga i akuszera.

Stopień Doktora Chemii w uniwersytecie w Lowanii (Lonvain) otrzymał JP. Urban Wareg Massalski, adjunkt profesora Chemii.

**Wspominki historyczne.** 8 Października 1810 r. Dr. Józef Jaworski, krakowianin, powołany dnia 2 Grudnia 1809 r. z Wilna na katedrę Chemii do Krakowa, przedstawiony został na Prof. zwyczajnego Chirurgii i Położnictwa teoretycznego; ustąpił z téj posady po 11 miesiącach.

**Sprostowanie.** W Nrze 40, na str. 386, ł. 1, w. 34 od góry, zamiast 28/6 ma być 18/6.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. St. Janikowski.**

L. 20635

# OGŁOSZENIE KONKURSU.

W myśl uchwały Sejmu Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem Krakowskiém z dnia 25 Maja 1875, która wchodzi w życie z dniem 1 Stycznia 1876, **Wydział krajowy rozpisuje niniejszém konkurs na posadę Dyrektora zakładu dla obłąkanych na Kulparkowie** (obok Lwowa). Dyrektor tego zakładu będzie wykonywać bezpośredni zarząd zakładu w sprawach lekarskich, administracyjnych i gospodarskich a oraz pełnić obowiązki naczelnego lékarza. Dyrektor jest urzędnikiem zakładu.

Ustanowa służby krajowéj tudzież §. 4 i 5 uchwały Sejmu z dnia 3 Stycznia 1874 stósuje się do niego o ile statut zakładu uchwalony przez Sejm na dniu 25 Maja 1875 nierozporządza inaczéj.

Dyrektor jest obowiązany mieszkać w zakładzie.

Dyrektorowi wolno po za obrębem zakładu wykonywać praktykę lékarską tylko o tyle, o ile jego obowiązkowa służba w zakładzie przez to nie ucierpi, natomiast nie wolno mu zakładać i utrzymywać prywatnych zakładów dla umysłowo chorych lub przyjmować obowiązki lékarskie w podobnych zakładach.

**Ubiegający się o posadę Dyrektora ma posiadać stopień doktora medycyny i mieć wykształcenie teoretyczne i praktyczne w psychiatryi.**

Przy obsadzeniu posady Dyrektora wolno Wydziałowi krajowemu nieuważać na wiek §. 3, ustawowy służby krajowéj wymagany.

Pobory z posadą Dyrektora połączone są następujące:

*a)* **płaca roczna 2,200 Zł. w. a.**
*b)* **pomieszkanie z opałem**
*c)* **dodatek pięcioletni 300 Zł. w. a.**

Sejm upoważnił Wydział krajowy przyznać nadto Dyrektorowi zakładu przy pierwszéj nominacyi **osobisty dodatek** nieprzekraczający **rocznie kwoty 800 Zł. a.** jeżeli zajdzie tego potrzeba w celu uzyskania znakomitego specyjalisty do objęcia téj posady.

Ubiegający się o powyższą posadę winni w swych podaniach zamieścić krótki opis życia, dołączyć metrykę urodzenia, wykazać się z ogólnego i szczegółowego swego uzdolnienia wyżéj wymaganego.

Zwraca się oraz uwagę ubiegających się, że nowo wstępujący do służby krajowéj kandydat otrzyma **nominacyję stałą dopiéro po upływie roku i to w tym tylko razie, jeżeli w ciągu téj prowizorycznéj rocznéj służby wszelkim jéj warunkom odpowie.**

**Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść swe podania najdaléj do 15 Października 1875 do Wydziału krajowego** a jeżeli obecnie w służbie publicznéj zostają przez bezpośrednio przełożoną władzę.

Lwów dnia 3 Września 1875. (3 — 3)

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.